



Warszawa, dnia (d/m/r):

**Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej
Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej**

0000000 18625-45-451-7120

tel.: 22 815-72-65 (Rejestracja), tel. wew. 72-68, 72-69, 72-72 (Pracownia) mail: diagnostyka.mikrobiologia@ipczd.pl

ZLECENIE NA BADANIE MIKROBIOLOGICZNE
Informacje o pacjencie wykonującym płatne badanie mikrobiologiczne
w Pracowni Diagnostyki Mikrobiologicznej

Informacje o pacjencie

Imię i nazwisko:			Płeć:	
PESEL(*):			Data urodzenia:	
Adres zamieszkania Telefon kontaktowy				
W przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do świadomego wyrażania zgody – imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz adres jego zamieszkania.				
Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał:			Data, godzina pobrania:	
Próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi:			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Rodzaj materiału biologicznego pobranego do badania				
<input type="checkbox"/> z gardła	<input type="checkbox"/> z ucha środkowego	<input type="checkbox"/> krew	<input type="checkbox"/> kał/wymaz z odbytu	
<input type="checkbox"/> płwocina/wydzielina oskrzelowa	<input type="checkbox"/> z ucha zewnętrznego	<input type="checkbox"/> ze zmian skórnych	<input type="checkbox"/> mocz	
<input type="checkbox"/> z nosa/nosogardła	<input type="checkbox"/> aspirat z zatok	<input type="checkbox"/> z rany (rodzaj rany)	<input type="checkbox"/> z pochwy	
<input type="checkbox"/> wycinek, bioptat	<input type="checkbox"/> ze spojówek oka	<input type="checkbox"/> treść z ropnia/ropa	<input type="checkbox"/> płyn (np. stawowy)	
<input type="checkbox"/> inny (jaki?).....				
Uwagi dotyczące rodzaju materiału, miejsca pobrania np. opis rodzaju rany (po operacji, po ugryzieniu), strona lewa/prawa:				
Czy próba pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi?				
Kierunek badania:				
<input type="checkbox"/> w kierunku hodowli bakterii tlenowych		<input type="checkbox"/> w kierunku hodowli bakterii biegunkowych: <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>E. coli</i> biegunkowe, <i>Yersinia</i> , <i>Campylobacter</i> - (tylko kał biegunkowy)		
<input type="checkbox"/> w kierunku hodowli bakterii beztlenowych		<input type="checkbox"/> obecność antygenów wirusów biegunkowych: Rota/Adeno, Noro (tylko kał biegunkowy)		
<input type="checkbox"/> w kierunku hodowli grzybów (mikologiczne)		<input type="checkbox"/> w kierunku toksynotwórczych <i>Clostridioides difficile</i> (tylko kał biegunkowy)		
<input type="checkbox"/> W kierunku nosicielstwa szczepów lekoopornych (np. MRSA, ESBL/AmpC, VRE, CPE: KPC, MBL, OXA-48)				
Istotne dane kliniczne: (rozpoznanie, czynniki ryzyka zakażenia, choroby współistniejące, gorączka, biegunki, wymioty i inne):				
Podawane antybiotyki (jakie?/od kiedy?):				
Dane osoby upoważnionej do odbioru:				
Data, godz. przyjęcia materiału: /wypełnia L/ZMK/		Kod (nr) badania: /wypełnia L/ZMK/		
Uwagi laboratorium do materiału:				

(*) - w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwę i nr i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz datę urodzenia;
- w przypadku noworodka bez nadanego imienia – oznaczenie „syn” lub „córka” i nr PESEL matki;